

団体用

傷害保険・がん保険(1年契約用)のご加入お手続きについて

契約者：農林水産省職員生活協同組合

加入依頼書送付先
取扱代理店
お問合せ先

J A 共済ビジネスサポート株式会社 保険部
〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-7-9 JA 共済ビル 5 階
メールアドレス：hokenbu@jbs-jakyosai.co.jp
TEL：03-3514-2470
営業時間：平日 午前 9:00～午後 5:00

- 保険期間
令和 8 年 9 月 1 日午後 4 時から令和 9 年 9 月 1 日午後 4 時（1 年間）
- お手続き方法
「団体契約専用加入依頼書」に、記入例をご参照のうえ、ご記入をお願いいたします。
ご記入いただいた「団体契約専用加入依頼書」を郵送もしくはメール添付(PDF)で、上記取扱代理店へお送りください。
※その他のご加入方法をご希望の方は、別途上記取扱代理店までお問い合わせください。
- お申込締切日
毎月 20 日までの受付分は、翌月 1 日午後 4 時から令和 9 年 9 月 1 日午後 4 時まで
※脱退のお申し出がない限り、自動継続となります。
- 中途加入について
傷害保険は、保険期間の中途でご加入いただけます。 毎月 20 日お申込締切。
保険期間は、申込締切日の翌月 1 日午後 4 時から令和 9 年 9 月 1 日午後 4 時までとなります。
※がん保険は、保険期間の中途でご加入いただけません。
- 保険料お支払い方法
保険始期日(または中途加入日)の翌月より、毎月口座振替※させていただきます。
※農林水産省職員生活協同組合にご登録いただいた口座



加入者住所	〒 (カナ)	氏名 (カナ) 自署または記名・押印 漢字					印
	漢字		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	所属名 (カナ)	
			所 属 コード		社 員 コード		

[H] [P] SA209419 -4P (' 24.07)

【加入できる病気・条件】

病 気	条 件
かぜ、インフルエンザ、急性胃炎、急性腸炎、急性胃腸炎	完治している場合
高血圧、脂質異常症（高脂血症）、高尿酸血症、痛風	医師から投薬が必要ないと診断されている場合
花粉症、虫歯、歯科矯正、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性皮膚炎、水虫、鉄欠乏性貧血	条件なし（治療中でも加入可能）

【別表A】病気・症状等一覧

欄		I 欄 (ご加入いただけない病気・症状)	II 欄
群	A 群	循環器関係の病気	脳卒中（脳出血、くも膜下出血、脳こうそく（脳血栓、脳塞栓）、脳軟化、一過性脳虚血発作を含む）、心臓弁膜症、心房細動、心筋こうそく、心筋症、狭心症、心筋炎
	B 群	肺・気管支の病気	結核、肺のがん、ぜんそく
C 群	胃・腸の病気	胃・腸のがん	胸膜炎（ろく膜炎）、慢性気管支炎、肺気腫
D 群	肝臓・胆のう・すい臓の病気	肝臓・胆のう・すい臓のがん、肝硬変	胃・腸のかいようまたはポリープ、腹膜炎
E 群	腎臓・泌尿器の病気	慢性腎炎、ネフローゼ、腎臓のがん、腎不全	胆石、胆のう炎、すい臓炎、肝炎、肝肥大
F 群	女性の病気	子宮がん	急性腎炎、腎盂炎、腎臓・膀胱・尿路などの結石
G 群	その他	悪性しゅよう（各種のがん、肉腫）、糖尿病、白血病、精神障害（うつ病、統合失調症、自閉症、認知症、てんかん、ノイローゼ、神経症、発達障害を含む）、カリエス、膠原病、血友病、エイズ、厚生労働省の指定した難病	子宮筋腫、子宮内膜炎、卵巣のう腫、妊娠関係の病気（平成27年2月13日総務省告示第35号に定められた分類項目中の分類番号〇〇〇～〇99までの疾病をいいます。）
			07.リウマチ、08.椎間板ヘルニア、09.骨髄炎、10.パセドウ病、11.梅毒などの性病、12.神経痛、13.痛風、14.むちうち症、15.頭部外傷による後遺症、16.痔疾、17.白内障（そこひ）、18.蓄膿症、19.中耳炎、20.腸閉塞、21.職業病（具体的な病気・症状名を申込書表面の所定欄にご記入ください。）、00.その他（具体的な病気・症状名を申込書表面の所定欄にご記入ください。）

(注) 特定の疾病を補償対象外としてお引受けする場合、A～F群についてはI欄およびII欄に記載された病気・症状のほか、各群の分類に関わるあらゆる病気・症状が補償対象外となります。例えばA群を特定疾病補償対象外としてお引受けした場合には、A群のI欄およびII欄に記載された病気・症状を含む循環器に関わる全ての病気・症状が補償対象外となります。

子供 (4人目以降)	氏名 (昭和) (平成)(令和)	年	月	日生	満	歳	(男)(女)
	氏名 (昭和) (平成)(令和)	年	月	日生	満	歳	(男)(女)

【別表B】症状、病気

症 状	出血（便潜血・不正出血・喀血・吐血・下血・血尿）、貧血（鉄欠乏性貧血を除く）、黄疸、びらん、しこり、肝炎ウィルスキャリア	
病 気	腫瘍（しゅよう）等	「がん」、脳腫瘍（しゅよう）、異形成、ポリープ、結節、腫瘍（しゅりゅう）、消化管（口、咽頭、食道、胃、小腸、大腸、肛門）の潰瘍（かいよう）
	消化器の病気	クローン病、肝硬変、慢性肝炎、慢性膵（すい）炎、食道静脈瘤
	呼吸器の病気	慢性閉塞性肺疾患（COPD）、肺気腫、間質性肺炎、肺線維症、じん肺、けい肺
	腎臓の病気	慢性腎不全（透析を伴う場合）、尿毒症
	その他	白板症、紅板症、日光角化症（老人性角化腫）、多発性ポリープ（ポリポーシス）、子宮内膜異型増殖症

【団体がん保険 記入例】 ※農林生協未加入の方は、農林生協へのご加入手続きが必要です。農林生協ホームページをご参照ください。

① 職場名・部署名をご記入ください。

②加入者（構成員）の【住所】
【電話番号：日中連絡が取れる番号】
【氏名（自署）】※自署の場合、押印は不要です。
【生年月日】【社員コード欄：農林生協組合員番号】
をご記入ください（所属名・所属コードは不要です）。

③被保険者本人とする方の【氏名・カナ】【生年月日】
【満年齢（加入日時点）】【性別】【加入者からみた続柄（続柄コード表を参照ください）】【職業職種】を
ご記入ください。
※被保険者本人は、
以下のいずれかに該当する方に限ります。

- (1)加入者（構成員）
- (2)加入者（構成員）の配偶者、子供、両親、兄弟姉妹
- (3)(1)の同居の親族

④保険種類「がん保険」に○を付け、【被保険者の型】
【契約タイプ（タイプ・口数）】【契約区分】
をご記入ください。
※本契約では、がん保険のみとなり、医療保険はご加入
いただけません。

⑤回答欄に○をつけてください。
※「はい」に○がある場合は、お引き受けできませんので
ご了承ください。

⑥夫婦型・家族型にご加入の方はご記入ください。

⑦被保険者本人の方がご署名ください。

⑧他の同種の保険契約の有無についてご記入ください。

⑨★印が付された項目は告知事項となりますので、
告知事項をご記入いただいた日付をご記入ください。

⑩加入日（補償対象期間開始日）を記入してください。

団体契約専用加入依頼書 (グループプラン・医療保険(1年契約用)、がん保険(1年契約用)専用)

加入者 農林太郎

加入日 令和9年9月1日

加入区分 加入

被保険者(本人) 農林太郎

加入者からみた続柄 本人

加入者合計

医療保険(1年契約用)・がん保険(1年契約用)健康状態報告書

告知事項

告知日 令和9年9月1日

親権者の承認欄

共栄火災海上保険株式会社

健康状態告知確認書

～正しく告知いただくためにご確認いただきたい事項～

1. 告知の重要性について

- 損害保険は、多数の人々が保険料を出しあって、相互に補償しあう制度です。ご加入者間の保険料負担の公平性を保つため、ご加入者および保険の補償を受けられる方（以下「被保険者」といいます。）には、ご加入に際し、健康状態について事実を正確に告知していただく義務（告知義務）があります。

2. 書面による回答のお願い

- 契約者、代理店または共栄火災社員にお話しされただけでは告知いただいたことにはなりません。必ず被保険者ご本人が、書面（健康状態告知書）にご回答ください。

3. 正しく告知しなかった場合の取扱い

- 健康状態告知書の質問事項について、故意または重大な過失によって事実を告知されなかったり、事実と異なることを告知された場合、共栄火災は「告知義務違反」としてご加入の保険を解除することがあります。
- 告知義務違反によりご加入の保険を解除した場合、保険金の支払事由が発生していても保険金をお支払いすることができません。ただし、「保険金の支払事由の発生」と「解除の原因となった事実」との因果関係がなければ、保険金をお支払いすることがあります。

4. 傷病歴等を告知した場合の取扱い

- 共栄火災では、保険料負担の公平性を保つため、被保険者の健康状態に応じた引受対応を行っております。ご回答内容によってはご加入をお断りすることもあります。

5. 告知内容の共栄火災による確認

- お申込後または保険金のご請求の際、告知内容について確認させていただくことがあります。

6. 保険責任の開始期前の発病等の取扱い

- 正しく告知をいただいた場合でも、保険責任の開始期前に診断確定されたがんについては、保険金をお支払いできません。

7. 「現在ご加入の保険の解約を前提とした新たな保険のご加入」をご検討の場合のご注意

- 現在ご加入の保険を解約し、新たにご加入される場合につきましても、新規のご加入と同様に告知義務があります。告知が必要な傷病歴等がある場合は、新たなご加入の引受けができなかったり、その告知をされなかったためにご加入の保険が解除となることもあります。
- 新たにご加入される保険の保険責任の開始期前に診断確定されたがんについては、新たなご加入の保険では保険金をお支払いできません。また、現在ご加入の保険の解約日以降は、解約日以前に診断確定されたがんであっても、解約日以降に発生した保険金支払事由については、保険金をお支払いできません。

(※) ご加入者以外に被保険者となる方がいらっしゃる場合には、その方にもこの確認書に記載された内容をお伝えください。

(※) この健康状態告知確認書は、ご加入後に送付させていただく加入者証と一緒に大切に保管してください。

健康状態告知書の補足事項

<全般的な事項>

- ☐ 「医師」とは、医師法に定める医師、歯科医師法に定める歯科医師をいいます。
- ☐ 「治療」とは、医師による治療を指し、具体的には、投薬・注射・手術（※）・放射線治療・心理療法・食事療法などをいいます。
（※）「手術」にはレーザー光線、ファイバースコープ、カテーテル、超音波、内視鏡による手術を含みます。また、日帰り手術も含みます。
- ☐ 過去の治療歴についてすぐに思い出せない場合は、必要に応じ、時間を置いてご確認のうえご回答いただくようお願いします。